DIAGNOSIS WITH GESTALT AND DÉGUSTATION

診断のゲシュタルトとデギュスタシオン

岩田健太郎 編集
Kentaro Iwata

2

Kinpodo

執筆者一覧（五十音順）

生坂政臣	千葉大学医学部附属病院総合診療部
井村　洋	飯塚病院総合診療科
岩田健太郎	神戸大学医学部附属病院感染症内科
植西憲達	藤田保健衛生大学救急総合内科
春日武彦	成仁病院精神科
片多史明	亀田総合病院神経内科
鎌田一宏	筑波メディカルセンター病院感染症内科
川島篤志	市立福知山市民病院総合内科・研究研修センター
岸本暢将	聖路加国際病院 Immuno-Rheumatology Center
北村　淳	藤田保健衛生大学救急総合内科
清田雅智	飯塚病院総合診療科
窪田忠夫	東京ベイ浦安市川医療センター外科
笹木　晋	藤田保健衛生大学救急総合内科
椎木創一	沖縄県立中部病院感染症内科
神宮司成弘	藤田保健衛生大学救急総合内科
鈴木富雄	名古屋大学医学部附属病院総合診療科
須藤　博	大船中央病院内科
陶山恭博	JR 東京総合病院リウマチ膠原病科
高田俊彦	京都大学大学院医学研究科医療疫学分野
谷口智宏	沖縄県立中部病院感染症内科
地畠　暁	亀田総合病院リウマチ・アレルギー内科
徳田安春	(独)地域医療機能推進機構（JCHO）研修センター
中下珠緒	亀田総合病院リウマチ・アレルギー内科
成田　雅	沖縄県立中部病院感染症内科
西垂水和隆	今村病院分院救急総合内科
林　寛之	福井大学医学部附属病院総合診療部
本島新司	亀田総合病院リウマチ・アレルギー内科
本村和久	沖縄県立中部病院プライアリケア／総合内科
山中克郎	藤田保健衛生大学救急総合内科

はじめに

「診断のゲシュタルトとデギュスタシオン（以下,「ゲシュタルト」と略す)」の第二弾をお届けします。今回も非常によい本になったと思います。

前回,「ゲシュタルト 1」を出したときに「単一著者の本ではない」というご批判をいただきました。

確かに，単一著者の書物には一貫したメッセージやビジョン，文体があり，医学書としての魅力を醸し出します。もっとも，その「単一の」著者がいけてなければ，全部台無しなんですけど。雑誌の特集なんかで，あっちのメッセージとこっちのメッセージが矛盾し合って玉石混合…みたいなものを見ていると,「共著より単著」というご意見には，一理あるものと思います。

しかし，です。本書「ゲシュタルト」においては，これは原理的に不可能な話なのです。

「ゲシュタルト」とは，何度も経験を重ねることによって得られるある疾患のイメージです。「クオリア」と言い換えてもよいかもしれない。それは，実際に患者を経験していないと得られない「クオリア」であり，また何度も経験していないと得られない「クオリア」であり，そして似たような，別の疾患も十全に体験していないと得られない「クオリア」でもあります。

ある疾患を十全に経験しようと思えば，そこには適切なセッティングというものが必要になります。大動脈解離の「ゲシュタルト」を感得するには，救急のようなセッティングがもっともふさわしいでしょう。一般外来で急性大動脈解離を経験することは極めてまれで，専門家外来ならなおさらです。心臓血管外科の専門外来を，初発の急性大動脈解離が「未診断のまま」受診することはありません。通常は診断の後に送られてくるのであって，そのような「後付けの」観察では,「ゲシュタルト」は涵養しがたいものだとぼくは思います。「心筋梗塞だろうか，それとも解離だろうか」というフロントラインの切実な悩み

こそが，「ゲシュタルト」を生むのです。

では，急性大動脈解離とベーチェット病と統合失調症とウイルソン病とLewy 小体型認知症のゲシュタルトを執筆できるドクターとは，いったいだれのことでしょうか。

急性大動脈解離とベーチェット病と統合失調症とウイルソン病とLewy 小体型認知症を「経験したことがある」医者ならいるでしょう（ぼくも，その一人です）。これらを全部診断できる素晴らしいダイアグノスティシャンもいるとは思います。しかし，これら疾患すべての「クオリア」を，これらを経験したことがない医師に上手に説明できる鬼神のようなドクターは，ぼくはまだお目にかかったことがありません。

急性大動脈解離の「ゲシュタルト」には，救急疾患としてのスピーディーにしてリズミカル，そして簡潔な，DJ 的「林節」がよくフィットします。他方，慢性疾患としてのベーチェット病の多彩でスローな症状のクオリアは，行きつ戻りつのガルシア＝マルケスの小説を読むような「本島（門下）節」こそがふさわしいものとぼくは思います。各疾患のクオリアは，その疾患の「ゲシュタルト」を説明する文体にすら反映されます。単著ではおよそ不可能な話なのです。パーソナリティー障害を説明するとき，「春日節」以上にこの疾患（？）をうまく言い当てる文章を我々は知っているでしょうか。

ですので，むしろ読者諸兄は各疾患における執筆者の違いを文体やゲシュタルトの違いを生み出す源泉として，ぜひ肯定的に受け取っていただきたいと思います。

本書のゲラを読むのは，編集者として大変楽しい体験でした。「そうか，プロはこういうふうにこの病気を見ていたんだ」という「見ている視線」を追体験できるのはとても幸せなことでした。ぜひみなさんにもこの素晴らしい体験を共有していただけるよう願っています。

2014 年 7 月

岩田健太郎

目次　CONTENTS

■ 摂食障害（本村和久）—— 1
■ 境界性パーソナリティー障害（春日武彦）—— 12
■ 統合失調症（プライマリ・ケア医のための）（春日武彦）—— 19
■ 腹部大動脈瘤破裂（林　寛之）—— 23
■ 大動脈解離（林　寛之）—— 31
■ ジゴキシン中毒（成田　雅）—— 41
■ 危険な意識消失発作，危険でない意識消失発作（清田雅智）—— 54
■ アナフィラキシー発見 治療はスピードが命！（林　寛之）—— 64
■ 横紋筋融解症（山中克郎）—— 75
■ 壊死性筋膜炎（岩田健太郎）—— 81
■ 急性胆嚢炎（窪田忠夫）—— 87
■ 腸重積（小児）（窪田忠夫）—— 93
■ 帯状疱疹（鈴木富雄）—— 99
■ ライム病（岩田健太郎）—— 106
■ レプトスピラ症（成田　雅）—— 111
■ Fitz-Hugh Curtis syndrome（高田俊彦・生坂政臣）—— 127
■ 播種性糞線虫症（谷口智宏・椎木創一）—— 133
■ レジオネラ肺炎（川島篤志）—— 138
■ ニューモシスチス肺炎 (HIV, non-HIV)（椎木創一）—— 149
■ 過敏性肺臓炎（鎌田一宏・徳田安春）—— 157

■ 血管内リンパ腫（井村　洋）——164
■ 血球貪食症候群（井村　洋）——174
■ 伝染性単核球症（西垂水和隆）——184
■ 高齢発症関節リウマチ（中下珠緒・本島新司）——190
■ 高安病とは（鈴木富雄）——203
■ 結節性多発動脈炎（陶山恭博・岸本暢将）——210
■ ベーチェット病（地畠　暁・本島新司）——218
■ IgG4 関連疾患（神宮司成弘・植西憲達）——230
■ 壊疽性膿皮症（本村和久）——236
■ 椎骨脳底動脈解離（西垂水和隆）——245
■ Lewy 小体型認知症（片多史明）——250
■ パーキンソン病 その他の変性疾患（高田俊彦・生坂政臣）—257
■ むずむず脚症候群（片多史明）——264
■ Cushing 症候群（笹木　晋・徳田安春）——271
■ 甲状腺機能低下症（須藤　博）——277
■ 高齢者の甲状腺機能亢進症（清田雅智）——286
■ 糖尿病ケトアシドーシス（山中克郎）——295
■ Wilson 病（北村　淳・植西憲達）——301
■ 索　引——306

診断のゲシュタルトとデギュスタシオン

摂食障害
Eating disorder

本村和久

摂食障害の全体像（ゲシュタルト）
―神経性無食欲症を中心に―

●多様な臨床像が特徴の摂食障害

摂食障害は多様な臨床像，心理的社会的な背景があり，私のような経験の少ない一介のプライマリ・ケア医が「全体像」など語ることは到底できませんが，プライマリ・ケアの現場にいると少なからず遭遇する疾患です。以下，私のわかる範囲で，神経性無食欲症（神経性食欲不振症）を中心としたお話におつき合いください。

DSM-IV-TR（精神疾患の分類と診断の手引）の診断基準があり，精神科の病気のイメージが強いかもしれませんが，**この疾患の患者さんの約７割が最初に一般医を受診します**[1)]。程度の差はあれ，どのような疾患でも同じかもしれませんが，医師一人ができることは少なく，チーム医療をしっかり構築していくことの重要性を強く思う疾患でもあります。食べなかったり，吐いてしまったり，下剤や利尿薬で無理やり外に出そうとしたり，むちゃ食いしたりと食べることに関して多様な行動を示しますが，患者さん自身ではその行動をどうしようもないことが多く，苦しみのなかにあるので，さまざまな医療介入が必要な疾患です。

症例 1　たとえばこんな患者さん　35 歳，男性

特に既往のない，会社員，主訴は体重減少です。身長 169cm，体重 43kg（BMI15，理想体重の 68％），この 1 年で 10kg の体重減少があり，精神科のない総合病院の内科をご夫婦で受診されました。嘔吐下痢なし，発熱なし，咳なし，寝汗なし。いままで年に 1 回の健康診断でも異常は指摘されていません。労作時の倦怠感は強いものの，仕事はなんとかこなされています。何か感染症や悪性疾患をすぐに思いつくような病歴は聴取できませんでした。気分の落ち込みや興味の喪失，不眠など，体重減少に繋がりそうな精神症状もはっきりしません。常日頃，健康には気をつけているとのことで，野菜を中心とした食生活，栄養が偏らないようサプリメントも数種類使用されています。便秘があり，市販の便秘薬は使用されていますが，その他の薬剤の常用はないそうです。食べる量は少ないとのことでした。ご夫婦とも自覚はされています。痩せたいとは思っていらっしゃらないのですが，いまの体重がそれほど異常とは思われていません。奥様は夫の体重減少を心配しています。

身体所見でも異常を認めず，スクワットができており，筋力低下も明らかでありませんでした。血液検査を行いましたが，甲状腺機能，炎症反応，貧血，アルブミン，電解質，HIV 検査を含めて異常なし，尿検査，心電図，レントゲンも異常ありませんでした。精査目的で一旦入院となりましたが，上部・下部消化管内視鏡検査でも異常なし。入院してからは，1,500kcal は食べられるようになりました。一時的な低リン血症でリン酸の補充を行い，下腿浮腫も出現などいくつかの内科的問題はありましたが，精査で異常がないこと，食事も取れて，体重増加も見られたことから一旦退院となりました。体重減少の原因として，厳格すぎる食事のコントロール，便秘薬の大量使用が疑われました。ご本人と相談のうえ，摂食障害を専門とする医療機関への転院となり，少しずつではありますが体重は増加，半年後には日常生活は通常通りの生活に戻ることができました。

年齢，性別と摂食障害では典型的とは言えないケースですが，以下で検討したいと思います。

●摂食障害の分類

DSM-IV-TR（精神疾患の分類と診断の手引）の診断基準では，3つに分類されています（**表1**）[2]。

表1　DSM-IV-TRによる摂食障害の分類

1) 神経性無食欲症	
制限型	患者は規則的にむちゃ食い，または排出行動（自己誘発性嘔吐または下剤，利尿剤，または浣腸の誤った使用）を行ったことがない。
むちゃ食い/排出型	患者は規則的にむちゃ食い，または排出行動を行ったことがある。
2) 神経性大食症	
排出型	定期的に排出行動を行う。
非排出型	絶食または過剰な運動などのほかの不適切な代償行為を行ったことがあるが，定期的に排出行動を行うことがない。
3) 特定不能の摂食障害	

世界保健機関が策定するICD-10では，摂食障害は「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」のなかに位置づけられています（**表2**）[3]。

表2　ICD-10による摂食障害の分類

神経性無食欲症
非定型神経性無食欲症
神経性大食症
非定型神経性大食症
その他の心理的障害に関連した過食
その他の心理的障害に関連した嘔吐
その他の摂食障害
摂食障害，詳細不明

「特定不能」「非定型」「その他」が多く列記されているところが，摂食障害の定義の難しさを示しているのかもしれません。この疾患がどれくらい見られ

るのか次に示します。

●摂食障害の疫学

年齢，性に特徴があります。神経性無食欲症の発症年齢は平均 17.8 歳，近年，15 歳以下の低年齢や 30 歳以上の患者さんが増加しているようです[4]。男女比は**女性に圧倒的に多い病気**です。男女比は約 1 対 20 との日本の報告があります[5, 6]。

患者数を DSM-IV-TR の診断基準，神経性無食欲症，神経性大食症，特定不能の摂食障害に分けて見てみます。1998 年に全国の医療施設（23,401 施設）を対象に実施した疫学調査[5, 6] によると，患者推定数（罹患率）は神経性無食欲症が 12,500 人，神経性大食症が 6,500 人，特定不能の摂食障害が 4,200 人でした（図 1）。

摂食障害の予後については，さまざまな報告がありますが，全国 6 施設の初診後 4 ～ 10 年軽過した摂食障害 504 例の転帰調査[7] では，全快 47%，部分回復 10%，摂食障害 36%，死亡 7%で，予後予測因子は，併存疾患や社会関係が重要となっています。死亡率 7%はかなり高い数字と思いますが，摂食障害

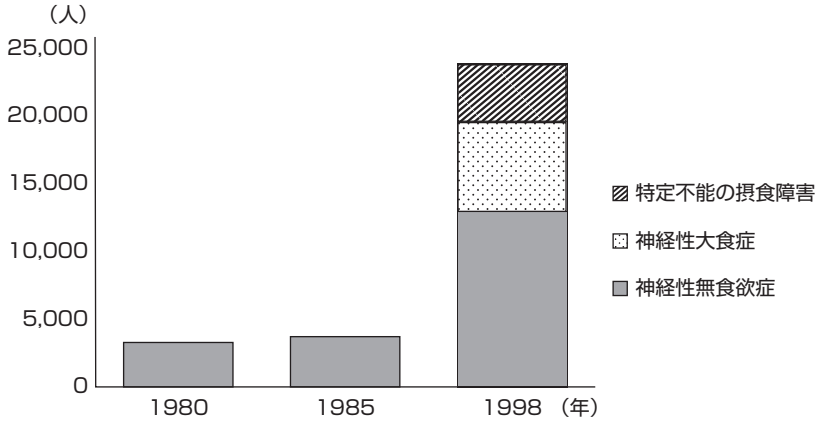

図 1　摂食障害患者数の推移

の研究に関わるような病院に受診する摂食障害患者では，予後は悪いと考えてよいと思います。

●摂食障害（神経性無食欲症）の臨床像

摂食障害の分類を見ても想像できますが，非常に多様な臨床像をとります。神経性無食欲症であれば，なんらかの形で低体重を維持，進行させるような行動が見られますが，その行動は，とにかく食事を拒否，特定の食事に固執，自己嘔吐や下剤の使用による下痢といったなんらかの排出行動などさまざまです。拒食と対極のようなむちゃ食いといわれる過食行動もありと短期的な行動だけでは全体像をつかむことができないのも特徴だと思います。

摂食に関する行動をひき起こす強迫性，禁欲性などのパーソナリティが背景にあるように感じる場合もありますが，患者さんのもともとのパーソナリティが背景となっているのか，摂食障害による飢餓状態がこのような性格特性を生み出しているのか難しい[8]ところです。精神症状も同様で，対人関係不良，過剰適応，抑うつなどが見られますが，精神疾患が背景にある場合と，飢餓状態によって精神症状が出現している場合があり，区別は難しいところです[9]。

DSM-IV では神経性無食欲症の診断基準として，「年齢，身長に見合った正常最低体重以上の体重を維持することを拒否する」「痩せにもかかわらず，体重が増えること，太ることに強い恐怖心がある」[2]が書かれていますが，摂食障害患者 419 例で，肥満恐怖と身体イメージの障害のいずれも有さない群が 24.6％という報告[10]や，肥満恐怖のない神経性食欲不振症を DSM-IV に入れるべきか[11]という議論もあります。神経性無食欲症でさえ，「歪んだボディーイメージ」みたいな型にハマった臨床像をとらないことも多く，「診断基準に合致」だけではなく，ケースの数だけ摂食障害の臨床像があることに注意が必要と思っています。

摂食障害を起こしやすいリスクが知られています。摂食障害の家族歴，1 型糖尿病，肥満の既往，職業（アスリート，ダンサー，モデルなど）[12]です。病

歴としては抑えて置きたいところです。

●摂食障害（神経性無食欲症）の身体所見

体重減少，飢餓状態によって，さまざまな身体の変化が起こります。たとえば，無月経，低血圧，徐脈，低体温，浮腫，毛髪脱落，乳房萎縮，唾液腺腫脹，歯牙侵食などが知られています[9]。嘔吐を自己誘発することで，手背に胼胝ができる[12]，いわゆる「吐きダコ」ができることもあります。

注目すべきはバイタルサインです。入院患者では，60/分以下の徐脈，36° C以下の低体温，収縮期血圧 90mmHg 以下の低血圧は 3 ～ 4 割の患者に見られる[1]ようです。

摂食障害（神経性無食欲症）の鑑別（デギュスタシオン）

体重減少の鑑別診断としては，吸収不良を来たす疾患や，悪性疾患などが鑑別になります。たとえば下痢と体重減少があった場合，下痢が薬物乱用によるものか，腸の器質的な異常によるものかは鑑別すべきものとなります。鑑別すべき疾患の例を表 3 としています。

表3　摂食障害の鑑別（主訴と鑑別診断）

主訴	鑑別診断
下痢	炎症性腸疾患，セリアック病
発熱	感染症（結核，HIVなど），自己免疫疾患（SLE，血管炎）
無月経	妊娠，原発性卵巣不全，多嚢胞性卵巣症候群，下垂体プロラクチノーマ
その他	悪性疾患（リンパ腫など），違法薬物の使用，内分泌疾患（甲状腺機能亢進症），うつ病・強迫性障害（合併の可能性あり）

●摂食障害（神経性無食欲症）の治療

a. チーム医療の重要性

極端な栄養状態不良では救命が第一の場合もありますし，軽度の体重減少な

ら良い食行動を強化，自覚症状や検査所見の改善をフィードバックしてすること[1]で快方に向かうかもしれません。ただし，医師一人で診るべき状態ではないことが多いと感じています。アメリカ精神医学会のガイドライン[13]では，チーム医療の重要性を強調しています。チームのメンバーとしては，精神科医，内科医，歯科医師，心理学者，栄養士，ソーシャル・ワーカーなどを含むチームが想定されています。さらにチーム間の密なコミュニケーションが患者ケアに重要としています。

日本において，どのように摂食障害の患者さんに対して，チーム医療を構築するのか難しい問題かもしれません。まだ摂食障害治療を専門的に治療できる施設は限られており，厚生労働省は平成 26 年度に 4,400 万円の予算を投じて，「摂食障害治療支援センター」を設置して，急性期の摂食障害患者への適切な対応を行う整備を始める予定をしています[14]。さらなる動きとしては，医療機関等との連携を図るなど，摂食障害治療の体制整備を支援する「摂食障害センター設立準備委員会」が民間で設立，摂食障害の公的専門機関設立を目指すこととなっています[15]。また，患者さん・家族による自助グループの「自助グループ NABA」[16]があり，摂食障害の支援に関わる方に向けた連続セミナーなどの活動を行っています。

b. 摂食障害の患者さんにどのように接したらよいのか

摂食障害で苦しんでいる患者さんを医療者がさらに追い込まないような注意が必要です。食べることに関する行動異常について，疾患として理解を深める必要があります。治療がうまくいかない医療者の苛立ちが厳しい状況にいる患者さんに伝わってしまうのは避けたい状況です。以下はとても当たり前のことかもしれませんが，治療者向けガイドラインからの抜粋です。オーストラリアのガイドライン[17]では，患者さんに対して支持的であるために，患者（the person と表現しています）が恥じているか罪悪感を感じていること（食べないこと）について言及を避けることが重要としています（**表 4**）。また，イギ

リスのガイドライン[12]の評価の項目でも支持的であることの重要性を列記しています（表5）。

表4　治療者が避けるべきこと

- 批判的であること。
- 問題を解決することに単純な解釈をすること。（「食べさえすればよい」）
- 一般化すること。（「いつも気分にムラがある」「a運動ばかりしている」）
- 患者の行動に対して「いい加減にしてほしい」「馬鹿げている」「自滅的である」などと言う・ほのめかすこと。
- 患者ができない目標を立て，さらにそれを解決しようとすること。

表5　評価の際に注意すること

- オープンマインドを維持する。
- 支持的で，非批判的なアプローチを維持する。
- どのように関わりをもつかに焦点を当てる。
- リスクの評価を行う。
- 守秘義務に対する患者の権利を守る。

c. 摂食障害の治療中で起こる身体合併症 ― Refeeding 症候群

Refeeding 症候群（飢餓状態からの再摂食後数日で起こるさまざまな症候）は，神経性無食欲症の患者さんではよく起こる病態で，予防，治療が可能なので是非知っておきたい注意点です。簡単にいうと，飢餓状態から食べ始めに起こる電解質異常（リン，カリウム，マグネシウム）と浮腫です。どちらの異常も循環器系の異常（不整脈・心不全）につながります。以下は，なぜ起こるかという簡単な病態生理の説明です。高度な低栄養状態ではエネルギーの不足を蛋白質異化や脂肪分解により適応しようとしますが，このような状態で再摂食が始まると，摂取された糖質は ATP（アデノシン三リン酸）産生に利用，大量のリンが消費されると同時に，リン，カリウム，マグネシウムが細胞内に移動します[18]。さらに代謝に必要なビタミンや微量元素（亜鉛，銅など）も欠

乏しやすくなります。特に糖代謝に関わる補酵素であるビタミン B_1 が欠乏するとウェルニッケ症候群（意識障害，眼球運動障害，運動失調，低体温）やコルサコフ症候群（逆行性健忘，作話症）などが発症する可能性[19]があり，注意が必要です。

また，糖質摂取に伴い急激に分泌されたインスリンは腎尿細管における Na 再吸収を促進させ，体内への水分の貯留をひき起こし，浮腫が起こりえます。

飢餓状態の患者さんが急に多くの量の食事を食べ始める，または経管栄養などで人工的に栄養を投与する場合には，電解質と循環器系のモニターが必要となります。

予防方法ですが，とにかくゆっくり栄養量を増やすことが重要です。食事は 500 ～ 1,000kcal 程度から開始して漸増，0.5 ～ 1kg/週以内が妥当と言われています[20]。BMI ＜ 14 や 2 週間以上飢餓状態にある栄養状態が極端に悪い患者では，そのときの体重に合わせて最大 5kcal/kg/日の栄養投与で開始することが勧められています[19]。

「たとえばこんな患者さん」に戻って

女性ではなく男性，10 代ではなく，35 歳発症と非典型例ですが，私の数少ない臨床経験では，あまり典型例を診ることはありません。普通のプライマリ・ケア，一般内科の外来に非典型例の方が普通にいらっしゃる感覚です。総合病院に体重減少の原因精査，治療目的で取り敢えず，内科に入院になることも珍しくないことと思います。内科医としては，電解質管理，循環器系の管理に気をつけつつ，摂取カロリー増加での Refeeding 症候群（この患者さんでは低リン血症と下腿浮腫が出現）にうまく対処し，チーム医療を構築することが急務と思います。医療的には内科的な問題と同時に精神科・心療内科の介入が必要です。この患者さんでは精神科受診がスムーズで，回復も速やかでしたが，なんらかの理由で精神科受診が行われないと，プライマリ・ケア医が単独

で患者さんの問題を抱え込んでしまうこともあると思います。2割程度は慢性化するともいわれ[19]，長くつき合う覚悟も必要と感じています。また，患者さんがインターネットで正確な情報[21]をもつことや自助グループ[16]の支えを得ることも患者さん自身の回復に非常に重要なことと思います。

長期化や予後が悪いデータもあり，患者さん・家族，医療者ともストレスの強いなかでの闘病となることがありますが，治療のなかでストレスをうまく共有して，1日も早い回復が望めることができればと思っています。

[参考文献]

1） 厚生労働省難治性疾患克服研究事業「中枢性摂食異常症に関する調査研究班」神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン（2007年）http://hikumano.umin.ac.jp/AN_guideline.pdf
2） American Psychiatric Association，高橋三郎ほか訳．DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引．医学書院，2003年.
3） 融道男ほか訳．ICD-10 精神および行動の障害　臨床記述と診断ガイドライン．医学書院，2005年11月.
4） 難病情報センター．中枢性摂食異常症．http://www.nanbyou.or.jp/entry/149
5） 大野良之，玉越暁子．中枢性摂食障害異常症．厚生省特定疾患対策研究事業　特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究班　平成11年度研究業績集，2000，pp.266-310.
6） 近喰ふじ子．摂食障害の疫学と要因：準臨床的症候群の位置づけと考え方．日本食生活学会誌 2002; 13（2）, 84-93.
7） 高木洲一郎，ほか．予後調査小委員会報告．摂食障害の治療状況・予後等に関する調査研究，平成13年度研究報告書　2002.
8） 奥田紗史美，岡本祐子．摂食障害に関する研究の動向と展望．広島大学大学院教育学研究科紀要　第三部　2005; 54: 319-327.
9） 中井義勝．摂食障害の疫学的解析と将来展望．Pharma Medica 2006; 24（3）: 43-46.
10）中井義勝．「肥満恐怖のない神経性食欲不振症」の日本における時代的変化について．精神医学2011; 53（8）: 795-801.
11）Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? Int J Eat Disord 2009; 42（7）: 620-635.

12）The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists Eating Disorders Clinical Guideline 9 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG9
13）American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. Am J Psychiatry 2006; 163（suppl 7）: 4-54.
14）厚生労働省．平成26年度障害保健福祉部概算要求の概要
http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/14syokan/dl/04-11.pdf
15）摂食障害センター設立準備委員会．http://www.edcenterjp.org/index.html
16）日本アノレキシア（拒食症）・ブリミア（過食症）協会（Nippon Anorexia Bulimia Association）．http://naba1987.web.fc2.com/welcome/
17）Mental Health First Aid Training and Research Program. Eating disorders: first aid guidelines for assisting adults. Orygen Youth Health Research Centre, 2008.
18）中屋豊ら．リフィーディング症候群．四国医誌　2012; 68（1, 2）: 23-28.
19）Mehanna HM et al. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ 2008; 336: 1495-1498.
20）Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002; 159（8）: 1284-1293.
21）厚生労働省．みんなのメンタルヘルス　摂食障害．http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_eat.html

診断のゲシュタルトとデギュスタシオン

境界性パーソナリティー障害
Borderline Personality Disorder

春日武彦

誤解を与えやすい名称ですね。境界性，というところが。

多くの人が，正常と異常との「境界」だと思うようなのです。でも語義としては間違い（臨床イメージとしては，そんなものだという気はしますけど)。かつては神経症の一部と見なされていましたが，心理検査をしてみると統合失調症レベルの深い病理がちらほらと見出される。そこで神経症と統合失調症との境界に位置する疾患であろうと思われてきたのが由来です。

しかし現在ではまったく分類が変わり（なぜなら，神経症や統合失調症に有効な治療法が役に立たないどころか悪化させることすらあることが判明したからです)，パーソナリティー障害（以前は人格障害と称していましたが，差別的だということなのでしょう，パーソナリティー障害と言い換えることになりました）のひとつとされ，ただし歴史的経緯から「境界性」という言葉が残った次第です。ボーダーライン，ボーダー，BPD と略すことも少なくありません。本章でも BPD と記すことにします。

BPD の人たちの印象

読者諸氏の前に，BPD の人たちはどのように登場するでしょうか。ER でしたら，自殺未遂や自傷行為でしょうね。「死んでやる！」といった当てつけめいた自殺のことも多いので，オーバードーズ（overdose，以下 OD）したあとで自ら救急車を呼ぶような迷惑な人も結構います。精神科ですと，自称「う

つ」が圧倒的です。近頃は「新型うつ」という非医学用語が流行っておりますが，若い人の「うつ」にはしばしばBPDが混ざっています。パニックや解離性障害を呈するケースも少なくない。内科ですと摂食障害関連や不定愁訴や，あらゆる訴えで受診する可能性があります。美容整形を訪れるケースも多いはずです。

いや，そういった「病人」としての場合もさることながら，クレーマーやモンスターペーシェントとして毒々しく登場するかもしれません。いわゆるトラブルメーカーですね。

ついでに申しておきますと，医療福祉従事者にもBPDは散見されます。意外にも，彼らは他人を助けることに魅力を覚えるからです。ドラマチックな場面が大好きですし，自分が頑張ったり優しくしてあげたぶん，その結果がダイレクトにわかるというあたりが性に向いているらしい。BPDとの遭遇率が高いのは，風俗産業や芸能界，アートの世界ではありますが。

BPDのおおまかなデッサン

さて，BPDをおおまかにデッサンしてみましょう。**心に途方もなく大きな空虚感を抱えた取扱注意物件**，というのがわたしなりのもっとも簡素な描写です。これだけじゃわからないでしょうから，順次説明をします。

診察室でBPDの患者さんと面接しますと，いつもわたしは微妙な**違和感**を覚えます。たとえば本人が「うつ」を訴え，なるほどうつ病の診断基準に該当するような病状が揃っていたとしてもなお，どこか違和感が残る。とはいうものの，詐病とも違う。これって，どうやら彼らがとんでもなく大きな空虚感を胸に抱え込んでいるからなのですね。

おしなべてBPDの人たちは，生きているという充実感，自分という存在は「かけがえ」のないものだといったリアリティーが希薄なようです。常に，自分が自分を演じているかのような「もどかしさ」や非現実感につきまとわれて

います。そうした空虚感が基盤にあるがゆえに，彼らの訴えは一見切実なようでいて，どこかリアルな感触に乏しい。まあ直感レベルの話ではありますが，参考として知っておいても損はないと思います。

以下，要点を列記します。

❶彼らは**極端な行動**に駆られがちです。

それは心の中の大きな空洞を埋めようとする懸命な営みの表出なのでしょう。つましいこと，ささやかなことでは空洞は埋まらない。というわけで，派手で危険な行為（暴走とか度胸試し的な。あるいは遊び半分の自殺行為），依存症（緩慢な自殺行為），タトゥー，多過ぎるピアスや人体改造，野放図な性行為，違法に近い最先端サブカルチャーへの耽溺，など「どぎつい」ことへのめり込みがちとなる。良識や常識を小馬鹿にし，自暴自棄と居直りとが混ざり合ったような反社会的態度に親和性を持つことも少なくない（でも，そのような側面は，結構カッコ良く見えたりする。ロックンロール的ですから）。

❷彼らは**世の中や他人に対して，一貫したイメージをもてません**。

たとえば外来診察室であなたの誠実な態度を見て「この人は良い医者だ」とBPD は思うかもしれない。ところがあまりにも出鱈目な服薬をしていたことにあなたが気付き，「こんな薬の飲み方をしていちゃ駄目じゃないか」と窘（たしな）めたとしましょう。するとBPD は途端に怒り出す。「せっかく良いドクターだと思っていたのに，私を否定しやがって。それどころか善人ぶって騙しやがって！」と，激しい怒りを示す。あなたとしては相手を心配して意見したのに，その豹変ぶりと怒りの激しさに戸惑わざるを得ない。これもまた，彼らの心の中が虚ろで，表面的なものにばかり左右されがちだからでしょう。恋愛や友人関係が長続きせず（一時的には激しく燃え上がったのに），トラブルを起こしがちなのも根は同じです。

［編者略歴］

＊岩田健太郎　Kentaro Iwata

神戸大学都市安全研究センター感染症リスクコミュニケーション分野
神戸大学医学研究科微生物感染症学講座感染治療学分野
神戸大学医学部附属病院感染症内科
神戸大学医学部附属病院国際診療部

島根県生まれ。島根医科大学（現・島根大学）卒業。沖縄県立中部病院，ニューヨーク市セントルークス・ルーズベルト病院内科，同市ベスイスラエル・メディカルセンター感染症科，北京インターナショナルSOSクリニック，亀田総合病院を経て現職。

診断のゲシュタルトとデギュスタシオン2

2014年9月10日　第1版第1刷発行 ©

編　集　岩田健太郎
発行者　市井輝和
発行所　株式会社　金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替　01030-1-15605
電話　075-751-1111（代）
http://www.kinpodo-pub.co.jp/
組　版　株式会社　データボックス
印　刷　株式会社　サンエムカラー
製　本　株式会社　兼文堂

落丁・乱丁本は直接弊社へお送りください。お取替えいたします。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1616-3

JCOPY ＜(社)出版者著作権管理機構 委託出版物＞
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています．複写される場合は，そのつど事前に，(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969，FAX 03-3513-6979，e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください．

◉本書のコピー，スキャン，デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています．本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは，たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です．